1881 Lane Medical Library

Zwei Fälle

von

Exstirpatio totalis uteri superior

mit

Drainage der Peritonealhöhle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei

der medicinischen Facultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

eingereicht und mit den beigefügten Thesen vertheidigt

am Freitag den 12. August 1881, Vormittags 10 Uhr,

von

Alexander Keseberg

aus Köln.

Bonn,

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi.

1881.

Meinen lieben Eltern.

Seit der Wiedereinführung der totalen Exstirpation der Gebärmutter in die operative Gynaekologie durch Freund (cfr. Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von R. Volkmann No. 133: Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus von W. A. Freund, Leipzig 1878) sind nunmehr über drei Jahre vergangen. Die neue Operationsmethode wurde bei ihrem Bekanntwerden von den meisten Fachleuten mit Freude begrüsst und sofort vielfach ausgeführt. Die Erfolge derselben waren indessen nicht so günstig, wie man erwartet hatte. Die Zahl der nach dieser Operation eingetretenen Todesfälle war eine unverhältnissmässig grosse. Es schien, als werde dieselbe in der Behandlung der Erkrankungen der Gebärmutter eine dauernde Stellung nicht erringen. Nach einer Statistik von Schink aus dem Jahre 1879 (cfr. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medizin, Band II, Jahrgang XIV, Schröder: Gynaekologie, pag. 578) verliefen von 41 nach Freund ausgeführten Totalexstirpationen des Uterus 29 tödtlich. Auch die weiteren Berichte bezüglich des Verhältnisses der Heilungen zu den Todesfällen lauteten nicht besser. Noch mehr schien die Methode der totalen Uterusexstirpation nach Freund an Geltung zu verlieren, als Billroth und Schröder neue Methoden der Exstirpation des Uterus per vaginam vorschlugen und ausführten. Sie erzielten, wenigstens was den unmittelbaren Erfolg der Operation selbst anlangt, wesentlich bessere Resultate. Miculicz, der in ausführlicher Arbeit für die Exstirpatio uteri per vaginam und die Verwerfung der Exstirpatio totalis superior plaidirt (cfr. Wiener Medizini-

sche Wochenschrift von Wittelshöfer, Jahrgang 1880, No. 47 sqq.: „Ueber die Totalexstirpation des Uterus“) führt zur Empfehlung der ersteren Operation folgende Gründe an: „Bei der vaginalen Methode ist zunächst die Gefahr des Shoks lange nicht in dem Masse vorhanden, wie bei der Freundschen Operation. Denn einmal wird bei der vaginalen Methode die Peritonealhöhle lange nicht in so ausgiebiger Weise eröffnet und damit auch der Wärmeverlust im Innern der Bauchhöhle wesentlich geringer. Ferner lässt sich die Blutung besser stillen wie bei der Exstirpation des Uterus von oben. Dann wird die Exstirpatio per vaginam den Vorzug verdienen, weil erfahrungsgemäss die meisten Carcinome am Cervix uteri sitzen und dieser von unten aus leichter zu erreichen ist“. Die Hauptgefahr der Freund'schen Operation liegt aber nach Miculicz in der septischen Infection des Peritoneums und des Beckenzellgewebes während und nach der Operation durch angesammelte Secrete.

Damit war wohl die allgemeine Ansicht der Gynaekologen zum Ausdruck gebracht. In jüngster Zeit ist die Frage, ob totale Uterusexstirpation von unten oder von oben, in ein neues Stadium gelangt, als die Erfolge Bardenheuers in Köln bekannt wurden durch seine jüngst erschienene Schrift: „Die Drainirung der Peritonealhöhle, Chirurgische Studien von Dr. Bardenheuer, Stuttgart 1881.“ Es starben nämlich (siehe pag. 36 der oben erwähnten Schrift) von 20 von Bardenheuer wegen Carcinoma uteri nach Freund Operirten 9, die beiden von demselben Chirurgen nach Billroths Methode per vaginam gemachten Exstirpationen verliefen tödtlich. Nach Miculicz hatte Billroth bei Ausführung seiner Methode unter 6 operirten Fällen 3 Todesfälle. Weiter geht aus dem oben citirten Aufsatz von Miculicz hervor, dass bei den 3 von Billroth mit Erfolg operirten Fällen schon nach 1—3 Monaten ein Recidiv eingetreten war. Von den von Bardenheuer in der Zeit von October 1878 bis September 1879 operirten 4 Patientinnen sind nach genauen

Nachrichten bis jetzt 2 recidivfrei geblieben (pag. 40 ebendaselbst), im 3. und 4. Falle trat das Recidiv erst nach 22, resp. 10 Monaten ein. Bei den übrigen 7 günstig verlaufenen Fällen ist die seit der Ausführung der Operation vergangene Zeit zu kurz, um ein sicheres Urtheil über die Zeit des Eintrittes des Recidivs zu gestatten. Immerhin ist erwähnenswerth, dass gegenwärtig in 5 von diesen 7 Fällen — einige sind seit 18 resp. 14 Monaten operirt — kein Recidiv eingetreten ist; in den beiden anderen Fällen ist das Recidiv bereits bald nach gemachter Totalexstirpation erschienen.

Ich hatte während eines längeren Aufenthaltes in Cöln Gelegenheit, drei von Bardenheuer nach Freund's Grundsätzen gemachte Totalexstirpationen des Uterus zu beobachten. Von diesen ist einer schon in dem Nachtrag zu der oben citirten Schrift Bardenheuer's von Dr. Thelen veröffentlicht. (Fall I, pag. 276.) Zwei Fälle sind indessen bis jetzt nicht bekannt gemacht worden. Ich glaube, dass zur weitern Prüfung der Frage, ob die Uterusexstirpationsmethode nach Freund's Prinzip durch die Laparotomie derjenigen per vaginam vorzuziehen sei, genaue Berichte über Ausführung der Operation und Verlauf möglichst aller Fälle unumgänglich nothwendig sind. Ich halte mich deshalb für berechtigt, die beiden noch nicht veröffentlichten, von mir beobachteten Fälle Bardenheuer's genauer mitzutheilen.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. Bardenheuer, der mir die Veröffentlichung freundlichst gestattete, an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

I. Fall.

Frau M. L. aus Köln will als Kind immer gesund gewesen sein. Seit dem 15. Lebensjahre war sie regelmässig und ohne Schmerzen, doch ziemlich stark menstruirt. Sie heirathete mit 19 Jahren und überstand 6 Geburten, bei denen

aber jedesmal ärztliche Hülfe in Anspruch genommen werden musste. Bei der 3. Entbindung wurde die Zange angelegt. Auch die letzte Geburt 1872 verlief sehr schwer. Ueber den Verlauf der Wochenbetten weiss sie nichts Abnormes zu berichten.

Seit einem Jahre fühlt sich Patientin krank. Während der menses, die auch während dieser Zeit regelmässig blieben, hatte sie starke Schmerzen in der Kreuzbeingegend, In der letzten Zeit waren die menses stärker geworden und hatten bis zu 10 Tagen gedauert. In der Menopause litt sie an starkem Fluor albus. Durch letztere Erscheinung wurde sie veranlasst, ärztliche Behandlung zu suchen.

Die Kranke ist von kleiner Statur, gracilem Körperbau. Die Ernährung ist schlecht, Patientin sieht aber nicht anaemisch oder gar kachectisch aus.

Die vagina ist weit und ihre Schleimhaut stark aufgelockert. An dem linken Rande der Portio vaginalis uteri besteht eine von tiefen Einkerbungen durchsetzte und weit in die Tiefe ragende geschwürige Fläche, die bei der Berührung ziemlich stark blutet und ein äusserst unangenehm riechendes Secret producirt. Der Uterus selbst steht steil aufrecht, ist frei beweglich, Adhaesionen also, wenigstens grösserer und soliderer Natur, sind kaum vorauszusetzen. Die beiden Ovarien liegen ziemlich dicht am Uterus an, das linke Ovarium fühlt sich derb und fest an.

Die vorläufig auf Carcinoma uteri, speciell der Portio vaginalis sinistra uteri gestellte Diagnose findet sich bei der mikroskopischen Untersuchung von Geschwulstelementen, die mit dem scharfen Löffel abgetragen werden, bestätigt. (Herr Dr. Fischer, Assistent am anatomischen Institut in Strassburg.)

Operation. Die Kranke erhält zwei Tage vor der Operation nur wenige und flüssige Nahrung. Ausserdem wird ihr ein leichtes Abführmittel und täglich 2 Gramm Bismuthi subnitrici, um die Darmgase zu binden, verabreicht.

Das Operationszimmer ist gut erwärmt. Auf die Matraze des Operationstisches wird in die Mitte ein Sack heissen Sandes gelegt. Auf diesem liegt die Patientin, deren Kopf nach dem Fenster gerichtet ist, so, dass der Steiss hoch liegt. Es geschieht dies, damit das Licht gut in die Beckenhöhle hineinfällt und die Darmschlingen sich besser nach oben reponirt halten lassen. Um eine zu starke Abkühlung der Extremitäten zu verhindern, sind dieselben zunächst mit Watte, dann mit starken, platten Gummisäcken umwickelt, die mit Wasser von circa 36° Celsius Temperatur gefüllt sind. Vor Beginn des Bauchschnittes wird das ganze Abdomen und die vulva nochmals mit 5 % Carbollösung abgewaschen, die vagina mit derselben Lösung ausgespritzt. Der Bauchschnitt beginnt circa $2^1/_2$ Centimeter oberhalb des Nabels in der Mittellinie und reicht bis an den obern Rand der Symphyse. Die Peritonealwundränder werden, nachdem alle Blutung der Hautwunde vorher sorgfältig gestillt ist, in ihrer ganzen Länge mit den Hautwundrändern vernäht, um eine Loslösung des Peritoneums von den Bauchdecken während der Operation zu verhindern. Ein Assistent bedeckt die an der hintern Seite liegenden leeren Därme mit warmer Thymolgaze und hält dieselben nach oben mit beiden Händen in der Bauchhöhle reponirt. Während ein anderer Assistent den Uterus emporgehoben mit der Balkenzange hält, wird zunächst die Tube jeder Seite umstochen und nach innen von der Sutur, nach dem Uterus zu, durchgetrennt. Darauf folgt die Unterbindung des Ligamentum latum jederseits in mehreren Partien; auch hier wird nach innen von diesen Unterbindungen, nach dem Uterus zu, durchgetrennt. Darauf geschieht die Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes in der Weise, dass der Operateur mit dem Zeigefinger der linken Hand sich das vordere Scheidengewölbe vorstülpt, und das Messer oder eine Cowper'sche Scheere in der Rechten, zwischen Blase und vorderer Muttermundslippe, auf dem entgegen drängenden Finger leicht quer einschneidet. Auf gleiche Weise wird das

hintere Scheidengewölbe im Cavum Douglasii eröffnet. Der Uterus hängt jetzt zu beiden Seiten noch an dem seitlichen Gewebe fest, welches die Arteriae uterinae enthält. Diese werden wieder in mehreren einzelnen Partien isolirt umstochen und unterbunden. Lateralwärts, d. h. nach innen von den Unterbindungsstellen nach dem uterus zu, werden jetzt die noch bestehenden Verbindungen gelöst und der Uterus aus der Bauchhöhle herausgehoben. Der Peritonealwundrand wird an den entsprechenden Wundrand der Scheide durch Catgutfäden angenäht, sowohl auf der vordern, wie auf der hintern Seite. Dann wird im ganzen Umfange des Peritoneums, etwa 2 ctm über der untern Wundöffnung, eine möglichst dicke Falte als Leiste emporgehoben, und an diese in toto circulär durch eine fortlaufende Kürschnernaht ein Catgutnetz von 6—8 □ ctm Grösse angenäht. In die so an der Verklebung gehinderte Oeffnung der vagina werden nun von der vagina aus zwei decalcinirte Neubnersche Knochendrains bis in die Peritonealhöhle geführt. Von diesen wird das eine am Catgutnetz durch eine feine Naht, das andere dagegen, von T-förmiger Gestalt, in der hintern Seite der Beckenhöhle selbst durch eine Catgutnaht fixirt. Darauf wird die ganze Peritonealhöhle, während die Patientin aufgesetzt wird, noch einmal mit 2 % warmer Carbollösung ausgewaschen und dieselbe dann mit Schwämmen trocken ausgetupft. Die Peritonealwundränder werden durch Seidenligaturen vereinigt, die Bauchwunde darüber mit Nähten von Silberdraht geschlossen, im obern und untern Wundwinkel und in der Mitte eine Drainagerohr eingelegt. Um die Reinigung der Drainageröhren und die Ausspülung der Peritonealhöhle zu erleichtern, erhält Patientin zwei Verbände, zunächst einen Listerschen Compressivverband auf die Bauchwunde und einen einfacheren Verband vor die vagina mit Thymolgaze und Salicylwatte, die durch eine T-binde befestigt werden. Der Puls der Patientin ist nach der Operation, die circa 1½ Stunde gedauert hat, etwas klein und frequenter wie vor der Operation.

Die Operation ist um 1 Uhr Mittags beendet. 4 Uhr Nachmittags ist die Temperatur 36,3°, der Puls etwas kräftiger geworden. Die Kranke ist ruhig und hat keine Schmerzen. Sie erhält zweistündlich 0,03 Extr. Opii. 7 Uhr: Catheterisirung; dabei zeigt sich starke Nachblutung in den Vaginalverband. Die Drainagerohre werden mit Federn gereinigt und alle 2 Stunden die mit Blut durchtränkte Thymolgaze gewechselt. 10 Uhr: Temperatur 37,2°, Puls 88 und ziemlich kräftig; heftiger Durst.

2. Tag. Morgens 4 Uhr: Temperatur 37,4°, Puls 112, Athmung 28. Patientin hat einige Stunden ruhig geschlafen und fühlt sich wohl. Das Drainagerohr wird mit 2% Carbollösung ausgespritzt: Die Flüssigkeit läuft gut ab und ist klar. Der Verband am Abdomen wird, da er im untern Winkel mit Blut beschmutzt ist, abgenommen und statt desselben Crüllgaze auf die Wunde gelegt, dies mit einem reinen Handtuch befestigt. Von Mittags 2 Uhr an wird wieder 2-stündlich 0,03 Extr. Opii gegeben. Die Drainageröhren werden ebenfalls zweistündlich gereinigt und mit 2% Carbollösung ausgespritzt.

Abends 8 Uhr: Temperatur 37,8°, Puls 112, Athmung 30. Die Kranke nimmt Wasser und Wein.

3. Tag. Sie hat weniger gut geschlafen. Morgens 6 Uhr: Temperatur 37,5°, Puls 114, Athmung 34. Gegen Mittag klagt sie über Schmerzen in der linken Seite, die aber bei fortgesetzter Opiumbehandlung (0,03 Extr. Opii alle 2 Stunden) gegen 4 Uhr nachlassen. Von 4 Uhr an wird das Drainagerohr alle 2 Stunden abwechselnd mit warmer 2% Salycil- und 2% warmer Carbollösung gereinigt. Abends 8 Uhr: Der Durst hat nachgelassen, die Kranke befindet sich ziemlich wohl. Verbandwechsel. Temperatur 37,9°, Puls 120, Athmuug 30.

4. Tag. Patientin hat gut geschlafen. Morgens 6 Uhr: Temperatur 37,4°, Puls 118, Athmung 26. Der blutige Ausfluss hat aufgehört. 10 Uhr: Beim Reinigen des Drainage-

rohres kommen kleine Fasern necrotischen Gewebes mit der Flüssigkeit zum Vorschein; letztere riecht etwas unangenehm und sieht trübe aus. Abends 6 Uhr: Puls ziemlich klein 112, Temperatur 38,1°, Athmung 28. Einige der unteren Nähte der Bauchwunde werden entfernt. Die Zunge ist feucht.

5. Tag. Patientin befindet sich subjectiv wohl. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,6°, Puls 10,8, Athmug 26. Der Puls ist noch immer ziemlich klein. Grosser Durst. Das Abdomen etwas aufgetrieben. Abends 6 Uhr: Temperatur 37,9°, Puls 96, Athmung 26. Die Schmerzen in der linken Seite sind heftiger geworden. Die Kranke hatte mehrere Male Aufstossen. Von 10 Uhr ab wird das Cavum Peritonei alle 2 Stunden, auch bei Nacht, mit warmer 2 % Carbollösung ausgespritzt. Bei dem ersten Ausspritzen riecht die ablaufende Flüssigkeit etwas unangenehm. Verbandwechsel. Bouillon mit Ei.

6. Tag. Morgens 8 Uhr: Patientin hat wenig geschlafen. Temperatur 37,7°, Puls 102, Athmung 24. Das Drainagerohr wird entfernt. Der Quertheil des T-förmigen Rohres ist verstopft und riecht sehr unangenehm. Die Peritonealhöhle wird mit einem Catheter (2% warmes Carbol) ausgespritzt und das Ausspritzen jede Stunde wiederholt. Die ablaufende Flüssigkeit ist jedesmal trübe. Von Mittag an wird Opium nicht weiter verabreicht. Abends 6 Uhr: Temperatur 38,1°, Puls 97, Athmung 26. Die Schmerzen sind stärker geworden und ebenfalls in der rechten Seite des Abdomen aufgetreten. Das Aufstossen hat sich noch mehrere Male wiederholt. Es werden desshalb 2 Löffel ol. Ricini verabreicht.

7. Tag. Die Nacht ist ziemlich gut verlaufen. Morgens 10 Uhr: Temperatur 37,8°, Puls 96, Athmung 24. Früh hat Patientin einmal gebrochen. Beim Verbandwechsel wird bemerkt, dass die unterste Silbersutur durchgeschnitten hat. Die Wunde sieht jedoch rein ans. Die Kranke erhält wieder 2 Löffel ol. Ricini, aber auch diese bleiben ohne Erfolg. Gegen Mittag tritt wieder Aufstossen ein. Der Percussions-

schall ist in der linken Seite etwas gedämpft; in der rechten Seite dagegen überall heller Schall. Abends 8 Uhr: Temperatur 38,1°, Puls 97, Athmung 24. Die Frau fühlt sich ziemlich wohl.

8. Tag. Morgens 10 Uhr: Die Nacht war ziemlich unruhig. Temperatur 37,7°, Puls 106, Athmung 24. Der Puls ist klein. Singultus. Der Schmerz in der linken Seite dauert an. Auch hohe Clystiere nutzen nichts, trotzdem das hierzu benutzte Schlundrohr am Promontorium vorbei dringt. Da gegen Mittag Kothbrechen eintritt, werden ca. 40 gramm Natr. sulphur. gegeben. Abends 10 Uhr: Massenhafter diarrhoeischer Stuhl. Temperatur 37,5°, Puls 104, Athmung 21. Die Peritonealhöhle wird wieder alle zwei Stunden ausgespritzt, die ablaufende Flüssigkeit ist hell und klar.

9. Tag. Die Nacht war Kranke sehr unruhig. Morgens 8 Uhr: Temperatur 39,8°, Puls 109, Athmung 26. Die Diarrhoeen dauern weiter an. Beim Verbandwechsel zeigt sich auf dem linken Tuber ossis ischii und von da nach aufwärts eine circa handtellergrosse Decubitusstelle. Die Peritonealhöhle wird jetzt jede Stunde mit 2% warmer Carbollösung ausgespritzt. Abends 6 Uhr: Temperatur 39,5°, Puls 115, Athmung 24. Die Frau ist in Folge der abundanten Diarrhoeen ziemlich schwach geworden. Das Aufstossen und Erbrechen haben aufgehört und auch die Dämpfung in der linken Seite des Abdomen ist geschwunden. Die Kranke erhält Gerstenschleim, Bordeaux mit Zimmt und grosse Stärkeklystiere. Aber auch diese vermögen die Diarrhoeen nicht zu sistiren. Die Schwäche nimmt zu.

10. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,3°, Puls 117, Athmung 26. Patientin war diese Nacht sehr unruhig. Beim Ausspritzen der Peritonealhöhle mit 2% warmer Carbollösung ist die ablaufende Flüssigkeit hell. Gegen 8½ Uhr läuft plötzlich unter dem auf der Bauchwunde liegenden Verbande massenweise dünner Koth her. Bei Abnahme dieses Verbandes zeigt sich, dass die Bauchwunde zum grössten

Theile aufgesprungen ist. Die von vereinzelten Granulationen bedeckten Darmschlingen liegen frei da. Zwischen Nabel und Symphyse befindet sich ein 3 cm langer anus praeternaturalis, in dessen unterm Winkel eine Seidenligatur liegt. Da die Bauchwunde mit Koth beschmutzt ist, so wird ihre Behandlung von nun an eine offene und dieselbe stündlich mit Carbollösung rein abgespritzt. Abends 6 Uhr: Temperatur 39,1°, Puls 120, Athmung 26. Die Kranke fühlt sich sehr matt und schwach.

11. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 39,0°, Puls 120, Athmung 30. Die Nacht, während welcher alle zwei Stunden vagina und cavum Douglasii ausgespült worden, hat die Frau wenig geschlafen. Am Morgen ist sie schmerzfrei und schläft viel. Die Decubitusstelle ist grösser geworden und wird die Kranke, da sie auf einem Luftkissen nicht liegen zu können behauptet, auf die Seite gelegt. Die Speisen fliessen kurze Zeit nach der Aufnahme durch den anus praeternaturalis ab und sind wenig verändert. Abends 6 Uhr: Temperatur 38,8°, Puls 132, Athmung 32. Abends 8 Uhr wird die Fistel des Darmes angefrischt und mit dünner Seide genäht. Die Diarrhoeen haben zwar nachgelassen, doch ist die Kranke sehr schwach. Auf die Bauchwunde, die mit Ol. terebinth. c. Ol. olivar. 1 : 3 bestrichen wird, kommt Crüllgaze.

12. Tag. Patientin hat während der Nacht einige Stunden geschlafen und ist der Puls, welcher gestern Abends kaum fühlbar war, wieder etwas kräftiger. Morgens 10 Uhr: Temperatur 38,5°, Puls 124, Athmung 30. Geschabtes Fleisch wird nach 10 Minuten unverändert wieder ausgebrochen. Da gegen Mittag die starken Diarrhoeen wieder beginnen und längere Zeit andauern, so erhält sie ein Stärkeklystier mit Opium. Gegen 5 Uhr lassen dieselben etwas nach. Sie nimmt etwas Bouillon mit Eigelb und Cognac, ist aber sonst sehr unruhig und reisst sich trotz aller Aufmerksamkeit den Verband immer wieder vom Leibe. Die Bauchwunde sieht in-

dessen rein aus und ist mit reichlichen Granulationen bedeckt. Abends 8 Uhr: Temperatur 38,6°, Puls 128, Athmung 30. Die Kranke ist etwas ruhiger geworden.

13. Tag. Sie hat die Nacht, da die Diarrhoeen, wenn auch in geringerem Grade fortbestehen, sehr wenig geschlafen. Morgens 8 Uhr: Temperatur 38,5°, Puls 120, Athmung 30. Die Frau nimmt einen Brei von Nestle's Kindermehl und etwas Gerstenschleim zu sich. Mittags 12 Uhr ist der Puls an der Art. radialis nicht mehr zu fühlen und wird deshalb alle zwei Stunden einmal Campher in öliger Lösung, das andere Mal Aether subcutan injicirt. Vagina und Peritonealhöhle werden mit 2 % warmer Carbollösung ausgespritzt. Das ablaufende Wasser ist ziemlich hell und klar. Abends 6 Uhr tritt plötzlich eine ziemlich bedeutende Blutung aus der vagina ein. Die Blutcoagula werden entfernt. Zur Bekämpfung der Blutung werden Eisstückchen in die vagina gelegt. Die Blutung steht vorläufig. Temperatur 38,0°, Puls 136, Athmung 34. Die Kranke ist sehr matt.

14. Tag. Die Nacht entsteht eine ziemlich bedeutende Nachblutung. Die Frau erhält Morgens 2 Uhr und 4 Uhr 1,5 grm Ergotin subcutan zur Sistirung der Blutung. Ausserdem wird die vagina mit Eisstückchen, die mit Guttapercha umwickelt sind, ausgestopft. Morgens 8 Uhr: Temperatur 38,4°, Puls 120, Athmung 32. Die Kranke erhält wieder Analeptica: Campher und Champagner. Morgens 11 Uhr steht die Blutung: es wird vorsichtig die vagina und cavum Peritonei ausgespritzt. Das ablaufende Wasser ist überaus trübe und von grossen Massen sehr unangenehm riechender necrotischer Gewebsfetzen erfüllt. Abends 6 Uhr: Die Kranke fast moribund. Temperatur 38,°, Puls 136, Athmung 34.

15. Tag. Die Frau hat die Nacht etwas geschlafen und fühlt sich etwas wohler. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,9°, Puls 120, Athmung 32. Auf die Bauchwunde werden Umschläge gemacht. Nach und nach wird das Sensorium mehr benommen und versucht die Kranke fortwährend, die

Umschläge abzureissen. Die Diarrhoeen werden am Mittag so stark, dass die Patientin fast fortwährend gereinigt werden muss. Abends 6 Uhr: Die Bauchwunde sieht, ganz besonders in ihrem untern Abschnitte, schmutzig verfärbt aus und wird von der etwas delirirenden Kranken beständig betastet. Auf Anrufen nimmt dieselbe Milch mit Ei und etwas Cognac. Temperatur 36,7°, Puls 124, Athmung 34.

16. Tag. Die Nacht ist ebenfalls schlecht verlaufen. Morgens 10 Uhr: Temperatur 37,5°, Puls 144, Athmung 31. Patientin ist zu sich gekommen, aber äusserst unruhig. Sie will aus dem Bett, reisst sich Umschläge und Crüllgaze von der Bauchwunde. Vorige Nacht zwei mal Erbrechen. Ueber Schmerzen klagt die Frau nur in der Gegend des os sacrum, wo der oben erwähnte Decubitus Handgross geworden ist. An einer Stelle scheint derselbe bis auf die Fascie zu gehen. Abends 8 Uhr: Temperatur 38,3°, Puls 144, Athmung 33. Die Kranke delirirt etwas. Die Diarrhoen dauern, aller stopfenden Mittel ungeachtet, weiter fort.

17. Tag. Die Delirien dauern an. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,6°, Puls 140, Athmung 33. Heute Morgen früh ist die Darmfistel wieder aufgesprungen und es entleert sich massenhaft dünner Koth. Die Peritonealhöhle wird mit 2% warmer Carbollösung ausgespritzt; die Ausspritzflüssigkeit ist fast ganz klar. Milch und Ei wird angeboten aber verweigert. Abends 6 Uhr: Temperatur 37,0°, Puls 141, Athmung 30. Patientin ist an Händen und Füssen kalt. Wärmeapparate kommen ins Bett, müssen aber auf dringenden Wunsch und Schreien der Kranken wieder entfernt werden. Sie erhält Analeptica.

18. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,4°, Puls 150, Athmung 34. Patientin ist nicht zum Bewusstsein zu bringen und collabirt. Nachmittags 3 Uhr erfolgt der Tod.

Die Obduction erfolgt 20 Stunden post mortem. Sehr stark abgemagerte Leiche. Ueber der linken Kreuzbeingegend eine mit gangränösen Fetzen bedeckte Decubitusstelle von

10 cm Länge und 12 cm Breite. Eine kleinere Decubitusstelle von ca 5 cm Länge und 3 cm Breite befindet sich über dem rechten Trochanter. Links ist das os sacrum selbst nur noch mit Fascie bedeckt.

Das Abdomen flach. In der Mittellinie eine von der Symphyse bis circa 3 cm über den Nabel reichende Bauchwunde, welche etwa 12—14 cm lang und an den breitesten Stellen gleich unterhalb des Nabels 5 cm breit ist. Der Grund der Wunde wird, wie sich bei vorsichtigem Lospräpariren zeigt, in den oberen Partien vom omentum majus, im untern Drittel aber direct von Dünndarmschlingen eingenommen. Diese sind unter sich und mit den Bauchdecken fest verwachsen. In diesem Convolut von Schlingen befindet sich ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse eine ziemlich quer verlaufene, durch Seide vereinigte und geschlossene Wunde von 3 cm Länge. Nach links davon, unterhalb der vorigen Stelle, führt eine ca. 2 cm Durchmesser haltende Oeffnung direct in das Lumen des Duodenums. In den obern Partien sind die Darmschlingen überall frei beweglich.

Die Nieren sind nicht verändert.

Die Milz klein, Kapsel schlaff, auf dem Durchschnitte blass, sonst normal.

Leber blass, sonst nichts Abnormes.

Magen mit wenig gelblich breiigem Inhalt gefüllt, die Schleimhaut in der Gegend des Fundus etwas aufgelockert und oedematös, aber sehr blass, sonst normal.

Uterus und Ovarien fehlen. An dieser Stelle liegt im kleinen Becken ein Convolut von Dünndarmschlingen, die mit einander fest verklebt sind. In der linken Seite des Knäuels befindet sich zwischen zwei Schlingen eine ganz dünne Schicht eingedickten Eiters, sonst aber kein Exsudat. Nur, wenn man die Schlingen aus dem Becken heraushebt, findet man in einer Tasche des Douglas'schen Raumes ca. 3 Esslöffel jauchiger Flüssigkeit, welche aber beim Aufsetzen der

Leiche aus einer ca. Markstückgrossen Oeffnung im hintern Laquear, welches Scheide und Cavum Douglasii verbindet, zum grössten Theil abfliesst. Die Stellen, wo die Drainageröhren gelegen, sind noch deutlich als Furchen zu erkennen.

Lungen und Herz nicht verändert.

II. Fall.

Frau M. aus L., 40 Jahre alt, war als Kind immer gesund. Eine Schwester starb im Alter von 42 Jahren, nachdem sie zwölf Geburten überstanden, an Phthise. Bei ihr selbst traten die Menses zuerst ein im 17. Lebensjahre, waren mässig stark und dauerten gewöhnlich 3—4 Tage. Zuweilen hatte die Kranke zur Zeit der Periode heftige Schmerzen im Kreuz.

Seit dem 28. Jahre ist sie verheirathet. Von da an war die Periode stärker, dauerte auch fünf bis sechs Tage, die Schmerzen schwanden aber. Es erfolgte achtmalige Niederkunft. Die Geburten verliefen normal. Die fünf ersten Puerperien boten keine Abweichungen von der Norm. Im sechsten entstand eine starke Nachblutung, ebenso beim siebenten. Diese letzte führte bis zu Erscheinungen von Anaemie und Ohnmacht. Auch bleiben bei dem 7. Puerperium Nachgeburtsreste zurück, die erst 14 Tage nach der Entbindung abgingen. Die Kranke lag der Blutungen wegen über drei Monate zu Bett, will aber in dieser ganzen Zeit frei von Fieber gewesen sein und relativ wenig Schmerzen gehabt haben. Die letzte Geburt, am 14. December 1870, durch die ein sehr schweres Kind zur Welt gebracht wurde, verzögerte sich trotz kräftiger Wehen etwas. Das Puerperium verlief gut; das Kind starb drei Wochen post partum an Krämpfen. Nach sechs Wochen traten die Menses wieder regelmässig ein. Seit Anfang Juni 1880 leidet die Frau an starken Metrorrhagien, die oft ununterbrochen sechs Wochen andauerten. In den blutfreien Pausen wird dazu seit Mitte Juli ein stinkend eitriger Ausfluss bemerkt. Im October vor. J. diagnosticirte der

behandelnde Arzt Carcinom des cervix. Am 9. November wurde die Amputatio cervicis gemacht. Die Heilung der Operationswunde verlief in gewünschter Weise und wurde die Frau am 26. November als geheilt aus dem Hospital entlassen. Schon nach sechs Wochen machte sich unter dem Symptom stinkender Ausflüsse aus der Scheide ein Recidiv bemerklich. Dasselbe wurde ausgelöffelt und dann Ferrum candens applicirt. Von da an erschien die Periode wieder regelmässig bis Anfangs März, wo sie unregelmässig wurde und wieder von jauchigem stinkendem Ausfluss begleitet war. Sie wandte sich desshalb zur weiteren Behandlung an Bardenheuer.

Grosse, kräftige, etwas bleich aussehende Frau. Die Haut ist etwas gelblich tingirt, die Kranke sieht aber keineswegs kachectisch aus. Das Abdomen ist sehr schlaff und weich und mit reichlichen Striae bedeckt. Die vagina weit und schlaff. Die Portio vaginalis breit, kurz und mit höckrigen Rändern versehen. Am linken Rande der Portio vaginalis befindet sich ein kraterförmiges, grüngelb verfärbtes, ca. 4 cm breites Geschwür, mit stinkender Jauche bedeckt. Der Uterus selbst etwas vergrössert, nach links abgewichen und anteflectirt, aber noch ziemlich leicht beweglich. Links ist das Parametrium erheblich geschwellt, rechts scheint dasselbe frei. Das linke Ovarium ist nach vorne und oben vom Uterus frei beweglich und gut zu palpiren. Das rechte Ovarium ist bei der Vaginaluntersuchung nicht aufzufinden.

Die Diagnose lautet nach vorausgegangener mikroskopischer Untersuchung von Geschwülstelementen auf Carcinoma uteri.

Die Operation erfolgt in sehr ähnlicher Weise nach den oben angegebenen Regeln. Die Darmschlingen lassen sich gut nach oben halten. Die Blutung minimal. Ein Catgutnetz wird eingenäht und wieder zwei Drainrohre eingelegt. Die Ränder der Bauchwunde und Peritonealwundränder werden zusammengenäht. Zwischen die Nähte der Bauchwunde

werden Drainageröhren nicht eingelegt. Antiseptischer Compressivverband und Verband vor die vulva. Dauer der Operation mit den Vorbereitungen weniger wie ein und eine halbe Stunde.

Die Kranke erwacht bald aus der Narcose und fühlt sich wohl. Nachmittags 4 Uhr: Temperatur 37,1°, Puls 78, Athmung 22. Zweistündlich 0,03 Extr. Opii. Der Puls ist kräftig, doch klagt sie über grossen Durst. Um 6 Uhr wird der untere Verband, da er ziemlich stark durchgeblutet ist, unter Spray gewechselt. Die Drainageröhren werden mit carbolisirten Federn ausgeputzt. Der Urin mit dem Catheter unter Spray entleert. Abends 10 Uhr: Temperatur 37,4°, Puls 84, Athmung 22. Patientin befindet sich wohl.

2. Tag. Patientin hat gut geschlafen und ist die Nacht hindurch ruhig liegen geblieben. Der Durst hat sich bedeutend vermindert. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,6°, Puls 88, Athmung 22. Gegen 10 Uhr Bouillon mit Ei. Abends 6 Uhr: Temperatur 38,4°, Puls 90, Athmung 20. Die Kranke klagt über Schmerzen in der rechten Seite des Abdomen. Die Drainageröhren werden von nun an zweistündlich mit 2% warmer Carbollösung gereinigt und ausgespritzt. Beim Ablaufen ist die Flüssigkeit stark blutig gefärbt. Ord.: Extr. Opii 0,03 zweistündlich.

3. Tag. Die vergangene Nacht hat die Kranke weniger gut geschlafen. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,9°, Puls 92, Athmung 24. Gegen 10 Uhr klagt sie über vermehrten Durst. Einige Male Aufstossen. Die Schmerzen in der rechten Seite sind stärker geworden und treten nun auch in der Unterbauchgegend auf. Es wird deshalb der Querdrain entfernt. Er ist im Querrohr verstopft. Bei dem Ausspritzen des Cavum Douglasii mit 2% Carbollösung durch den Katheter wird die Frau bewusstlos, und kommt erst nach 20 Minuten wieder zur Besinnung. Das Ausspritzen wird zweistündlich fortgesetzt. Das ablaufende Wasser ist trübe, aher nicht blutig gefärbt. Ord.: Extr. Opii 0,03 2stündlich. Abends 6 Uhr:

Temperatur 38,6°, Puls 92, Athmung 24. Die Kranke befindet sich subjectiv wohl.

4. Tag. Die Nacht ist gut verlaufen. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,3°, Puls 94, Athmung 22. Zweistündlich wird abwechselnd mit 2% Salycil, 2% warmer Carbollösung oder warmem Wasser die Peritonealhöhle ausgespritzt. Die Frau befindet sich wohl: sie isst gehacktes Fleisch, Bouillon mit Ei und erhält Cognac. Abends 6 Uhr: Temperatur 38,5°, Puls 96, Athmung 21. Flatus. Ord.: Opium. Die Kranke ist etwas unruhiger geworden.

5. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,8°, Puls 104, Athmung 22. Die Frau ist andauernd wohl. Das Ausspritzen mit 2% warmer Carbollösung wird alle vier Stunden fortgesetzt. Das ablaufende Wasser ist sehr trübe. Sie hat guten Appetit, erhält aber kein Fleisch mehr. Ord. Extr. Opii 0,03 alle 4 Stunden. Abends 6 Uhr: Temperatur 38°, Puls 108, Athmung 24. Der Puls etwas kleiner.

6. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,20°, Puls 86, Athmung 21. Da die Kranke Drang zu Stuhl hat, erhält sie eine Tasse Marienbader Thee. Die Peritonealhöhle wird alle drei Stunden ausgespritzt. Hierbei wird auch das andere, noch vorhandene Drainagerohr entfernt. Abends 6 Uhr: Temperatur 38,2°, Puls 96, Athmung 22. Aus der Bauchwunde wird je eine um die andere Naht entfernt. An den gelösten Stellen sieht man die Wunde prima intentione verheilt. Das Extr. Opii bleibt weg.

7. Tag. Die Nacht ist gut verlaufen. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,8°, Puls 96, Athmung 24. Es wird alle vier Stunden mit einem Katheter eingegangen und die ganze Wundhöhle mit Carbollösung ausgespritzt. Da bis Mittag noch immer kein Stuhl erfolgt ist, erhält die Kranke einen Esslöffel Sal thermarum Carolinense. Am Nachmittage reichlicher Abgang von Faeces. Abends 6 Uhr: Temperatur 38°, Puls 94, Athmung 23. Die Kranke befindet sich andauernd wohl.

8. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,9°, Puls 90,

Athmung 22. Das vierstündliche Ausspritzen mit warmer 2% Carbollösung wird fortgesetzt. Patientin, die bis jetzt mehrere Male täglich katherisirt worden war, lässt spontan Urin. Der Verband vor der vulva wird abgenommen. Abends 6 Uhr: Temperatur 38,0°, Puls 88, Athmung 22. Diät: Bouillon und Milch mit Ei, Cognac.

9. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,6°, Puls 88, Athmung 22. Die Kranke ist wohl und hat die Nacht gut geschlafen. Diät: Gehacktes Fleisch mit Ei, Bouillon mit Ei, Cognac. Abends 6 Uhr: Temperatur 38,0°, Puls 88, Athmung 22. Das Ausspritzen der Peritonealhöhle wird vierstündlich fortgesetzt.

10. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,6°, Puls 88, Athmung 22. Abends 6 Uhr: Temperatur 37,9°, Puls 76, Athmung 19. Diät und Ausspritzen wie gestern.

11. Tag. Die Kranke befindet sich dauernd wohl. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,4°, Puls 76, Athmung 20. Abends 6 Uhr: Temperatur 37,3°, Puls 76, Athmung 22. Diät wie vorher.

12. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,2°, Puls 76, Athmung 18. Von heute an wird die Peritonealhöhle nur dreimal am Tage und zweimal Nachts mit 2% Salycillösung ausgespritzt. Stuhl. Abends 6 Uhr: Temperatur 37,5°, Puls 80, Athmung 20.

13. Tag. Morgens 8 Uhr: Temperatur 37,2°, Puls 80, Athmung 19. Abends 6 Uhr: Temperatur 38,0°, Puls 76, Athmung 21. Nachts nicht mehr ausgespritzt.

14. Tag. Temperatur 37,2°, Puls 76, Athmung 20. Der Rest der Nähte der Bauchwunde wird entfernt. Alles ist per primam und solide vereinigt. Abnahme des Verbandes der Bauchwunde. Der weitere Verlauf der Heilung geht so günstig vor sich, dass die Patientin bereits am 27. Tage nach der Operation aufstehen und, da keine weitern Complicationen eintreten, vierzehn Tage später aus der Behandlung als geheilt entlassen werden kann.

Die beiden oben mitgetheilten Fälle scheinen in mancher Beziehung von Interesse. Vielleicht bietet solches noch mehr der unglücklich verlaufene, wie der glücklich verlaufene Fall. Wer überhaupt die Berechtigung zu einer Behandlung des Gebärmuttercarcinoms durch Totalexstirpation des Uterus zugibt, wird dieselbe in den beiden angegebenen Fällen gewiss indizirt finden. Ganz besonders für den Fall II bedarf es kaum eines Beweises, dass hier die Entfernung der Neubildung nur noch durch die Totalexstirpatio von oben möglich war. Dieselbe hatte in der Gegend des cervix uteri eine solche Ausdehnung genommen, dass weder die supravaginale Exstirpation, noch die Exstirpation per vaginam irgend welche Hoffnung auf einen wenigstens zeitweiligen Erfolg hätte bieten können.

Dass der I. Fall unglücklich verlief, lag nicht in der Art der Ausführung der Uterusexstirpation, sondern in einem Ereigniss, wie es sich nach jeder Laparotomie ereignen kann. Die direkte Todesursache lag in der Erschöpfung der Patientin durch die abundanten Diarrhoen und darin, dass der durch einen unglücklichen Zufall sich bildende anus praeternaturalis sich gerade am Duodenum befand. Es bleibe dahingestellt, ob der anus praeternaturalis vielleicht durch eine Verletzung des Darmes bei Anlegung der Bauchnaht entstanden war. Wäre die Ruptur des Darmes und die Anus praeternaturalisbildung nicht erfolgt, so würde, das war die Ueberzeugung aller bei dieser Operation Betheiligten, auch wohl diese Uterusexstirpation als solche günstig verlaufen sein. Bei der Obduction am 19. Tage post operationem wurde keine ausgedehntere Peritonitis nachgewiesen und der an der Stelle, wo der Uterus von der Scheide abgetrennt war, gebildete Eiter hatte immer gut abfliessen können.

Die Bardenheuer'schen Uterusexstirpationen überhaupt, speziell die beiden oben mitgetheilten Fälle sind in ihren Endresultaten so gewaltig verschieden von denen anderer Operateure, dass die Gründe dafür doch wohl nur in der von

Bardenheuer eingeführten Aenderung der Operationstechnik zu suchen sind. Sicher waren die von Bardenheuer operirten Fälle, was die Ausdehnung der Neubildung betrifft, durchschnittlich eben so ungünstig als diejenigen, welche andere Chirurgen zu ähnlichen Eingriffen veranlasst haben.

Von den Aenderungen der Operationstechnik, die Bardenheuer eingeführt, liegt der Schwerpunkt in der Drainage der Peritonealhöhle. Miculicz hat die Berechtigung zur Drainirung der Peritonealhöhle Bardenheuer zu bestreiten gesucht (Wiener Medizinische Wochenschrift, Jahrgang 1881, No. II sqq.). Der genannte Autor hält die Drainage des Peritonealcavums einmal für überflüssig, das anderemal für unmöglich aus mechanischen Gründen. Ueberflüssig soll das Verfahren deshalb sein, weil das Peritoneum mit ihm in direkte Berührung gekommene septische Infectionsstoffe (Contactinfection) zu rasch resorbire. Mechanisch unmöglich sei das Verfahren deshalb, weil durch die beweglichen Intestina, namentlich Netz- und Dünndarmschlingen die Oeffnungen der Drainageröhren derart verstopft würden, dass ein Abfluss des angesammelten Secretes unmöglich sei. Miculicz geht aber noch weiter, indem er sagt: „Das Einlegen von Drainröhren kann dem Peritoneum sehr gefährlich werden, indem es den Weg zu den Infectionsstoffen gerade zu offen hält.“ Auch könne Patientin nach beendeter Operation nicht so zweckmässig gelagert werden, dass der tiefste Punkt der Abdominalhöhle in die Oeffnung des Peritoneums hineinfalle.

Diese Einwürfe treffen aber die Drainagemethode Bardenheuer's nicht mehr vollständig. Die richtige Drainage der Peritonealhöhle ist keineswegs mechanisch unmöglich: denn, wenn man nach Bardenheuer in das Peritonealcavum das schon oben erwähnte Catgutnetz einnäht, so ist ein Prolapsus der Dünndarmschlingen und des Netzes unmöglich gemacht. Die Drainageröhren können nicht verstopft werden oder lassen sich wenigstens, wenn verstopft, sehr leicht wieder durchgängig machen. Der Einwand von Miculicz, durch

die Drainröhren werde der Weg für die Infectionsstoffe zum Peritoneum offen erhalten, ist ebenfalls nicht stichhaltig. Der untere um Vagina und Damm angelegte Lister'sche Verband mit T-Binde ist wohl gerade so gut im Stande, wie bei jeder drainirten Amputationswunde die Infection von aussen zu verhindern. Wenn Miculicz ferner meint, dass die günstigen Erfolge Bardenheuer's nur dessen streng antiseptischem Verfahren zuzuschreiben seien, so macht schon die grosse Anzahl der von Bardenheuer mit Erfolg Operirten diesen Einwand hinfällig. Sicher waren kleine Fehler gegen die Antisepsis in diesen zahlreichen Fällen nicht zu vermeiden; sie wurden aber eben wieder gut gemacht durch die Drainage. Sicher sind unter den zahlreichen andern Operateuren, die bei der Freund'schen Methode ungünstige Erfolge hatten, bei weitem die meisten eben so gut geschulte Antiseptiker wie Bardenheuer. Dieser Operateur macht zur Empfehlung der Drainage der Peritonealhöhle mit Recht geltend, dass, wie seit Einführung der Lister'schen Behandlung die Resultate der Amputationen und Resectionen so unendlich bessere geworden sind, man folgerichtig auch auf die Peritonealhöhle die Behandlungsweise dieser Operationen ausdehnen müsse. Denn allein durch die Drainirung der Peritonealhöhle ist die Möglichkeit gegeben, im Verlaufe der Nachbehandlung auftretende Symptome einer septischen Infection des Peritoneums und des Beckenzellgewebes durch fleissiges Ausspülen mit desinficirenden Flüssigkeiten zu bekämpfen.

Mir selbst ist es keinen Augenblick zweifelhaft, dass wir in der Drainage der Peritonealhöhle ein vorzügliches Mittel besitzen, um die Exstirpatio totalis uteri superior weniger eingreifend zu machen. Ebenso zweifellos scheint es mir aber auch, dass die Exstirpationsmethode vom Bauche aus aus mancherlei Gründen den Vorzug vor den andern Exstirpationsmethoden, in erster Linie vor der Exstirpatio uteri per vaginam verdient.

Miculicz selbst macht darauf aufmerksam, dass bei der

Exstirpatio inferior eine länger dauernde directe Berührung der untern Abschnitte des Peritonealcavums mit Secret der jauchenden Carcinomfläche stattfinde. Die deshalb, wie Miculicz vorschlägt, vorhergehende Desinfection und Auslöffelung der Carcinomfläche, dann das nachträgliche Touchiren derselben mit Chlorzinkpaste dürften nur selten völlig ihrem Zweck genügen. Bei der Exstirpatio superior kommt die Jauchefläche nur ganz kurze Zeit in Contact mit dem Peritoneum. Schon von diesem Gesichtspunkte aus verdient sie den Vorzug vor der untern Exstirpation. Sie ist aber auch der hochgehenden Amputatio vorzuziehen. Bardenheuer erwähnt eine Gefahr, welche die Amputatio cervicis mit sich führt. Wenn nämlich auch erfahrungsgemäss die meisten Carcinome den cervix uteri vorzugsweise betreffen, so sind doch auch die Fälle, die zur Operation kommen, nur selten so, dass nicht höher gelegene Partien des Uterus, wie z. B. der Fundus, bereits theilweise carcinomatös infiltrirt sind. Begnügt man sich in diesen Fällen mit einer hochgehenden Amputatio cervicis, so läuft man Gefahr, Reste der Neubildung zurückzulassen. Bardenheuer theilt einen hierauf bezüglichen Fall mit (Drainirung der Peritonealhöhle, Stuttgart 1881 pag. 38).

Mag man über diesen Punkt denken, wie man will, jedenfalls ist nach dem Erscheinen der Bardenheuer'schen Schrift die Frage nach der Behandlung des Gebärmuttercarcinoms durch Exstirpatio totalis uteri superior oder inferior wieder eine ganz offene geworden und von Neuem einer Prüfung zu unterziehen.

Am Schluss dieser Arbeit kann ich nicht umhin, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Madelung für die freundliche Durchsicht derselben meinen besten Dank auszusprechen.

Vita.

Geboren wurde ich, Carl Heinrich Alexander Keseberg, katholischer Confession, zu Köln am 23. August 1857, woselbst meine Eltern, Stephan Keseberg und Maria, geb. Kaufmann, noch leben und sich der besten Gesundheit erfreuen. Den elementaren Unterricht erhielt ich theils im elterlichen Hause, theils in der Pfarrschule von St. Maria in der Kupfergasse. Von Herbst 1867 bis Herbst 1876, wo ich mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde, besuchte ich das Königliche Gymnasium an Marzellen zu Köln. Am 17. Oktober 1876 wurde ich durch den zeitigen Decan der medicinischen Facultät Herrn Prof. Binz in das Album der Facultät eingetragen. Das Tentamen physicum bestand ich am 31. Juli 1878. Schon hatte ich im Sommer-Semester 1879 die chirurgische Klinik als Practicant besucht, als eine gegen Ende des 6. Semesters plötzlich auftretende Haemoptoe mich auf ein Lungenleiden aufmerksam machte, das mir während des Jahres 1880 meinen Studien obzuliegen nur in sehr beschränktem Masse gestattete. Erst im Winter-Semester 1880—81 konnte ich meine Studien wieder aufnehmen und besuchte die medicinische, chirurgische und gynaekologische Klinik je 2 Semester als Practicant, die Augenklinik 1 Semester als Auscultant und 1 Semester als Practicant. Am 22. Juli d. J. bestand ich das Examen rigorosum.

Während meiner academischen Studienzeit hörte ich die Vorlesungen der Herren Professoren und Docenten:

Binz, Busch, Clausius, Dittmar, Doutrelepont, A. Kekulé, von Hanstein, Koester, von Leydig, Madelung, von Mosengeil, Nussbaum, Obernier, Pflüger, Rühle, Saemisch, von La Valette St. George, Veit und Zuntz.

Allen diesen hochverehrten Lehrern meinen herzlichsten Dank.

Thesen.

1. Bei Operationen im kleinen Becken ist die Drainage der Peritonealhöhle der Peritonealnaht vorzuziehen.
2. Die als Granulationen bezeichneten Gebilde der Conjunctivitis granulosa sind als Neubildungen, nicht als Lymphfollikel anzusehen.
3. Die Indication zur Resection des Schenkelkopfes bei Coxitis ist vom Allgemeinbefinden des Patienten abhängig zu machen.

Opponenten:

Dr. med. Michael Braubach, prakt. Arzt.
Peter Breidenbend, cand. med.
Aug. Keseberg, stud. phil.